

Trabajo Final de Máster
Máster Universitario en Rehabilitación
Psicosocial en Salud Mental Comunitaria

Diseño de una Evaluación de Resultados para el Centro de Rehabilitación Psicosocial e Inserción Social La Safor.

Autor: Jaime Lorente Calafat

Tutor: Manuel Muñoz López

Fecha de lectura: 18 de octubre de 2018



Resumen:

En el presente trabajo se pretende diseñar una evaluación de resultados adaptada a las características y al contexto del Centro de Rehabilitación e Inserción Social La Safor de Gandía (Valencia) para personas con Enfermedad Mental Grave. Mediante la aplicación del modelo de evaluación de resultados de Manuel Muñoz (2010) adaptado a la rehabilitación psicosocial a partir del modelo de Wholey (2004) se analizan las particularidades del centro, objetivos, recursos, funcionamiento, etc. a partir de las cuales se elabora un diseño de evaluación de resultados. La evaluación de resultados se basa en la medición de diferentes indicadores relevantes para la rehabilitación psicosocial. Ello permitirá evaluar la efectividad de las intervenciones llevadas a cabo y servirá como base en futuras tomas de decisiones mediante datos obtenidos de manera objetiva y basados en la evidencia.

Palabras clave:

Evaluación de resultados, evaluación de programas, rehabilitación psicosocial, centro de rehabilitación psicosocial, enfermedad mental grave.

Índice Paginado:

	Pág.
Introducción	4
Fundamentación Teórica	4
Aplicación Práctica	14
1. Clarificación de los propósitos de la evaluación y conocimiento del programa	14
2. Identificación de los dominios relevantes y otros criterios a considerar	18
3. Definición, evaluación y selección de los indicadores	20
4. Desarrollo de los procedimientos de recogida de información y asignación de responsabilidades y tareas	23
5. Entrenamiento a los profesionales, usuarios y otras personas implicadas ...	25
6. Realización de un estudio piloto	26
7. Implementación a gran escala y evaluación y modificación en caso necesario	26
8. Análisis y elaboración de resultados	26
Conclusiones	27
Bibliografía	29
Anexos	31
Anexo 1. Ficha de Indicadores a Nivel de Usuario.....	31
Anexo 2. Ficha de Indicadores a Nivel de Familias.....	33
Anexo 3. Ficha de Indicadores a Nivel de Profesionales.....	34
Anexo 4. Ficha de Indicadores a Nivel del Servicio.....	35
Anexo 5. Ficha de los Perfiles Diagnósticos de los Usuarios.....	36

Introducción:

Las políticas derivadas de la reforma psiquiátrica han fomentado la atención en la comunidad de las personas con enfermedad mental grave (TMG) y como consecuencia han proliferado diversos recursos de atención comunitaria en detrimento del modelo de hospital psiquiátrico más asistencial.

El contexto político y económico de los últimos años ha propiciado que estos recursos comunitarios estén infradotados de los recursos humanos y económicos para su correcto funcionamiento. Por eso es necesario que estos recursos aprovechen de la forma más eficaz y eficiente los escasos recursos de los que disponen. La evaluación de programas, y dentro de esta la evaluación de resultados, se ha convertido en una herramienta fundamental para mejorar el funcionamiento de estos servicios. Poder contar con una buena base objetiva y de evidencia a partir de los resultados obtenidos para la toma de decisiones puede permitir la mejora de la efectividad y eficiencia de este tipo de recursos.

Este trabajo se basa en una intervención teórica en el Centro de Rehabilitación e Inserción Social La Safor de Gandía (Valencia), a través del diseño de una evaluación de resultados adaptada a las características del recurso.

En primer lugar, se presenta una fundamentación teórica donde se abordan someramente conceptos de interés para la intervención como es el actual modelo de atención a la salud mental, la calidad de los servicios, la evaluación de programas y resultados y se explica el modelo de evaluación de resultados a utilizar. Posteriormente se desarrolla la aplicación práctica a través de la adaptación de Manuel Muñoz (2010) hace del modelo de Wholey (2004) a través de 8 fases diferenciadas. Por último, cierra el este trabajo un apartado a modo de conclusión.

Fundamentación Teórica:

Las políticas de atención a la salud mental de los países desarrollados vienen fomentando desde hace décadas y tras la reforma psiquiátrica, la asistencia integrada en la comunidad de las personas con TMG. En España, antes de la reforma, la estructura asistencial psiquiátrica se fundamentaba en el manicomio y las consultas de neuropsiquiatría. Esta caracterizaba por una atención escasa y de baja calidad, apartada del sistema general de sanidad y cuyas consecuencias eran altamente estigmatizantes. Es en 1983 cuando la reforma psiquiátrica empieza a tomar forma en nuestro país, primero, a través de la constitución de una comisión para definir la reforma psiquiátrica que se basaría en tres pilares básicos; integración de la atención psiquiátrica en la sanitaria

general, servicios de salud mental especializada en conexión con la atención primaria y, orientación de los nuevos servicios hacia la comunidad. Todo ello derivó que la posterior Ley General de Sanidad de 1986 (14/1986), en su artículo 20, introdujese la esencia de esa comisión, ello alumbró, al menos de forma jurídica, una nueva organización de los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica desde una perspectiva comunitaria (Pérez, F. et al., 2012).

Aun habiendo pasado más de tres décadas desde la implantación definitiva de la reforma psiquiátrica, la atención a la salud mental en el entorno comunitario arrastra una serie de deficiencias que lastran su efectividad y eficiencia. Centrándonos en la Comunidad Valenciana, comunidad donde se ubica el centro en el que se va a intervenir, se recogen multitud de deficiencias a nivel de recursos humanos, dotación de recursos, inseguridad económica, escasa multidisciplinariedad, discontinuidad y fragmentación de la asistencia, dificultades en la coordinación, escasez de terapias psicosociales y psicológicas, entre otras muchas (Munarriz, 2011, Conselleria de Sanitat i Salut Pública 2016). Todo ello conlleva que los servicios en atención a la salud mental no puedan alcanzar la calidad que se requiere por ley y por derecho de las personas con diagnóstico psiquiátrico.

La subsanación de la mayoría de estas deficiencias no depende de los propios servicios de atención a la salud mental, sino que es competencia de estamentos más elevados dependientes de gobiernos. El único instrumento del que disponen los diferentes servicios de atención a la salud mental que permite paliar en algún grado estas limitaciones es la calidad del funcionamiento de su servicio. En la atención a la salud mental, la calidad es la que evalúa si los servicios obtienen los objetivos deseados y si son coherentes con la medicina basada en la evidencia (Institute of Medicine, 2001). Una buena calidad de los servicios de salud mental implica; preservar la dignidad de las personas con TMG, proporcionar cuidados aceptados y relevantes, empleo de intervenciones que ayuden a las personas con TMG a afrontar por sí mismas la enfermedad, uso más eficiente y efectivo de los recursos de salud mental y, mejorar la calidad de la atención en todas las áreas (OMS, 2003).

Una herramienta fundamental de la que se compone la gestión de la calidad de servicios de atención a la salud mental es la evaluación de programas o servicios. Ambos términos, calidad y evaluación, se presentan conexiados en relación con lo social, pues la calidad precisa de evaluación y la evaluación se justifica como garantía de calidad (De La Orden., 2009). La evaluación se puede entender como “*un proceso integral de*

observación, medida, análisis e interpretación, encaminado al conocimiento de una intervención... que permita alcanzar un juicio valorativo y basado en evidencias respecto a su diseño, puesta en práctica e impactos” (AEVAL, 2010). Aunque existen muchas otras definiciones de evaluación que suelen poner el énfasis en aspectos diversos de la actividad evaluadora, existen dos características comunes en todas ellas; se trata de un proceso sistemático y objetivo de recogida de información sobre una intervención y, que con ello se trata de emitir un juicio de valor sobre la misma (CERMI, 2013).

La evaluación de programas se ha convertido en un recurso básico para contrastar la efectividad de los programas sociales (Scriven, 2003). Cada vez es más necesaria y exigida por la ciudadanía, por los profesionales y por los gestores, la evaluación de los programas y servicios sociosanitarios por diferentes motivos (Carmona, J., Del Río, F., Gay, E. y Tesoro, A., 2012); mayor conocimiento de los problemas de salud que aparecen en un contexto social determinado, examinar los circuitos y procedimientos en la atención a la salud y promover respuestas rápidas y eficaces y, analizar los resultados como manera de comprobar el cumplimiento de objetivos, la calidad de la actividad y la obtención de mayores cotas de salud y de calidad de vida.

Al revisar la biografía existente sobre la evaluación de programas se observa diferentes aproximaciones teóricas que difieren en la fundamentación teórica sobre la que se desarrollan conceptos como programas de intervención, detección de necesidad, calidad de vida, etc., propósitos, metodología o técnicas empleadas. Debido a esta diversidad tan amplia, sólo se hace mención de las aproximaciones fundamentales (basado en, Chacón, López Ruiz y Pérez Gil, 2012):

- *Evaluación orientada hacia los objetivos* (Tyler, 1989).

El propósito de este modelo es llegar a conocer si los resultados reales coinciden con los objetivos propuestos. La evolución es entendida como un proceso recurrente, en el que a través de los resultados obtenidos se reajustan los objetivos del programa, sin un diseño concreto de implantación.

- *Evaluación responsiva* (Stake, 1975).

El objeto del modelo es la adaptabilidad a las distintas circunstancias que acontecen al trabajar de forma continuada con distintas audiencias y responder a sus necesidades evaluativas. Amplia el modelo de Tyler al incluir examen a los antecedentes, del proceso, de las normas y de los juicios.

- *Planificación evaluativa* (Cronbach, 1982)

Plantea un diseño ecléctico denominado UTOS (Unidades, Tratamientos, Operaciones de Observación, Marco de Acción) en el que se propone un enfrentamiento entre la interpretación subjetiva y el modelo científico. Su modelo de evaluación se basa en una planificación previsor y flexible.

- *Evaluación orientada sobre la toma de decisiones* (Stufflebeam, 1985).

La evaluación es definida como un proceso mediante el cual se obtiene información útil para la toma de decisiones. En primer lugar, se identifican los principales tipos de decisión que afrontar, posteriormente se crean las estrategias adecuadas.

Se plantean diseños de caso único, experimentales y cuasi-experimentales junto metodología observacional. Para ello se representa la estructura básica «CIPP», Contexto, Entrada, Proceso y Producto. Se realiza un análisis de información cuantitativa y cualitativa mediante el estudio de casos, grupos asesores y experimentos.

- *Modelo científico de evaluación* (Cook y Campbell, 1979).

Busca establecer relaciones entre variables independientes y dependientes con el fin de determinar los efectos de la intervención. Dada la inestabilidad puede utilizarse tanto metodología experimental como cuasi-experimental.

- *Modelo evaluativo orientado hacia el consumidor de «meta libre»* (Scriven, 1974)

En este modelo, el evaluador ignora las metas finales que se persiguen e investiga los efectos producidos independientemente de los objetivos del programa. La evaluación confirma si el programa se realiza conforme debe y descubre los efectos inesperados. Se plantean diseños experimentales y cuasi-experimentales, análisis de costes y el método de meta libre.

- *Un método contrapuesto de evaluación; el modelo judicial* (Wolf, 1979).

Se plantea un proceso dialectico donde dos grupos de evaluadores investigan los pros y los contras de un programa. El diseño de implantación sigue una metodología legal desarrollando una simulación de las etapas características de un modelo judicial.

- *Evaluación iluminativa; método holístico* (MacDonald, 1971).

El propósito de este método es buscar la descripción y la interpretación. Intenta familiarizarse con la realidad del marco a evaluar sin manipular, controlar o eliminar variables, intentando comprender la complejidad de la escena.

- *Evaluación naturalista* (Guba, 1985).

Se evalúa el programa sin una teoría o hipótesis previa y sin determinar un diseño específico previo. El diseño se irá formando a medida que vaya avanzando el diseño evaluativo. Se plantea el descubrimiento de los supuestos y no su confirmación.

Cada modelo tiene sus fortalezas y sus debilidades, y su elección corresponde a la decisión de elegir una perspectiva del objeto de estudio. Al seleccionar un modelo, algunos aspectos del objeto evaluado pueden ser enfocados claramente, mientras que otros se excluyen del foco.

Desde la teorización de estos modelos fundamentales el campo de la evaluación de programas ha evolucionado mucho y se pueden encontrar gran cantidad de manuales para la aplicación de evaluaciones de programas. Algunos a destacar serían:

- *Program Evaluation: An Introduction to an Evidence-Based Approach* (Royse, Thyer y Padgget, 2015). Estos autores recogen técnicas y habilidades de evaluación y de servicios. Presentan y simplifican los elementos esenciales para una apreciación crítica de los problemas y metodología de evaluación a través de la práctica basada en la evaluación. Actualmente es uno de los modelos de referencia.
- *Handbook of Practical Program Evaluation* (Wholey, Harry y Newcomer, 2005). Manual de evaluación de programas que proporciona herramientas para evaluar el rendimiento de programas públicos y sin ánimo de lucro.
- *Program Evaluation Theory and Practice: A Comprehensive Guide* (Mertens y Wilson, 2012). Adopta un enfoque imparcial de los principales paradigmas de la evaluación de programas y construye puentes entre ellos y la práctica de evaluaciones de programas. proporciona una guía completa para la evaluación de programas a gran y pequeña escala.

En España se pueden destacar los manuales publicados por Fernández-Ballesteros y Alvira.

- *Evaluación de programas: una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y sanitarios* (Fernández-Ballesteros, 1995). Estudia los múltiples propósitos a los que se aplica la evaluación de programas: teoría básica del programa a evaluar, la implantación de las actividades programadas, efectos del programa y la sociedad.

- *Metodología de evaluación de programas* (Alvira, 2002). Ofrece una metodología para la realización de evaluaciones a través del análisis de diferentes tipos, fases y diseños de evaluación. Enfatiza en la evaluación de resultados y la monitorización y seguimiento de programas.

El diseño de la evaluación de programas o servicios comporta en la mayoría de los casos una evaluación de resultados. La evaluación de los resultados se centra en la cuantificación y análisis de los efectos que tiene un determinado programa o servicio en la población a la que va dirigido (Alvira, 1999). Esta es relevante para las diferentes partes implicadas en el proceso, individuos, programas y sistemas. Para la realización de este trabajo consistente en el diseño de una evaluación de resultados a un centro de rehabilitación psicosocial e inserción social concreto se ha utilizado el modelo de Wholey et al. (2004) a través de una adaptación a la rehabilitación psicosocial de Muñoz, Panadero y Rodríguez González (2010). Dicha adaptación conlleva la aplicación de 8 fases más o menos flexibles según las características del programa o servicio. Las diferentes fases de la evaluación son las siguientes:

1. Clarificación de los propósitos de la evaluación y conocimiento del programa.

En esta primera fase del proceso, es fundamental establecer cuáles son los objetivos de la evaluación de resultados que se va a llevar a cabo, qué información es la que se pretende obtener y el uso que va a dársele. Toda esta información será determinante a la hora de realizar las fases siguientes del proceso.

También es el momento, en caso de no conocer el programa o servicio que se va a evaluar, de tomar conocimiento de las características, funcionamiento, población a la que va dirigido y todas aquellas características que pudieran ser de interés. Un conocimiento profundo del programa o servicio es un requerimiento imprescindible para la realización de una evaluación de calidad. Además, la evaluación debe ser diseñada a medida puesto que cada servicio o programa es único con su propia idiosincrasia.

Otro aspecto fundamental para tener en cuenta son los recursos disponibles para la realización de la evaluación, a nivel humano, material y de equipamiento. La disponibilidad de recursos marcará las posibilidades y la planificación de la futura evaluación.

Durante esta fase, es momento de definir los agentes de evaluación, internos, externos o mixtos (evaluación participativa). Las ventajas e inconvenientes de cada una de las modalidades se exponen de forma resumida en la tabla 1. Lo realmente importante es que

el equipo de evaluación posea un conocimiento suficiente del programa o servicio capaz de conseguir la colaboración de las personas implicadas a la par que mantenga la objetividad e independencia. La evaluación participativa es la que mejor puede cumplir estos criterios de calidad, aunque la modalidad finalmente elegida dependerá de las circunstancias y recursos disponibles.

	Ventajas	Inconvenientes
Eval. Interna	<ul style="list-style-type: none"> - Familiarización con el funcionamiento del servicio. - Acceso a la información. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de objetividad y espíritu crítico.
Eval. Externa	<ul style="list-style-type: none"> - Máxima objetividad e independencia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fuertes reticencias y falta de colaboración por parte de los gestores.
Eval. Participativa	<ul style="list-style-type: none"> - Colaboración de los gestores. - Optimización de los recursos. - Mejora de la calidad de las soluciones. 	

Tabla 1. Ventajas e inconvenientes de las distintas evaluaciones (a partir de Muñoz, 2010).

2. Identificación de los dominios relevantes y otros criterios a considerar.

Una vez establecidos los propósitos de la evaluación, estructura, circunstancias y recursos disponibles del programa o servicio, es necesario conocer los objetivos establecidos en el programa o servicio. Todo programa o servicio debería tener establecidos unos objetivos generales y específicos con los que poder operar en su funcionamiento. Estos objetivos nos ayudarán a determinar si el programa o servicio es efectivo en su funcionamiento. En el caso de que los objetivos estén establecidos de manera general habrá que convertirlos en objetivos más específicos y operacionales.

3. Definición, evaluación y selección de indicadores.

Una vez examinados los objetivos que persigue el servicio o programa se determinarán los resultados relevantes a través de la definición, evaluación y selección de los indicadores adecuados. Tradicionalmente se han utilizado los indicadores de psicopatología y utilización de los servicios. El ámbito de la salud mental ha evolucionado y actualmente además se consideran de gran importancia otros dominios muy relacionados con la rehabilitación psicosocial como el funcionamiento global, satisfacción con los servicios, calidad de vida y funcionamiento psicosocial entre otros. Los dominios determinados para la evaluación estarán determinados por los objetivos del programa o servicio y por las características y recursos de este. Algunos de los dominios principales son (ampliación con Valiente, Vázquez y Simon, 2010):

- Psicopatología: resulta de importancia la evaluación de dimensional de los síntomas psicóticos, positivos y negativos, y los síntomas de depresión y

ansiedad. La sintomatología positiva es capaz de predecir recaídas y re-hospitalizaciones, pero no es un buen predictor del funcionamiento adaptativo. Por su parte, la sintomatología negativa suele ser persistente y afecta a la capacidad de relacionarse y vivir de forma independiente. En cuanto a la depresión y la ansiedad, es relevante que se tengan en cuenta estos estados de ánimo, pues están asociados a un peor curso de la esquizofrenia.

- Estado de salud general: La salud general es una necesidad básica a veces insatisfecha en el colectivo de personas con trastorno mental grave, pudiendo afectar a su salud mental. Este indicador ha sido incluido recientemente dimensión relevante permitiendo una valoración del impacto de las valoraciones en la salud global del usuario.
- Utilización de los servicios y otras variables demográficas: hace referencia a la medición de variables de los servicios como la asistencia total, asistencia relativa, altas y bajas en los servicios, hospitalizaciones, etc.
- Funcionamiento cognitivo: las alteraciones cognitivas son comunes en las personas con enfermedad mental grave. Un funcionamiento psicosocial adecuado precisa de capacidad para atender, procesar y recuperar información. Estas alteraciones limitan la adquisición de nuevas capacidades en el proceso de recuperación y su evaluación permitirá ajustar la planificación de tratamientos rehabilitadores que proporcionen un mejor funcionamiento.
- Funcionamiento psicosocial: Las alteraciones en el funcionamiento psicosocial y ocupacionales son habituales en las personas con enfermedad mental grave lo que conlleva a no disfrutar de una vida plena. El funcionamiento psicosocial y ocupacional tiene valor predictivo pues aquellos usuarios con peores habilidades psicosociales y ocupacionales tienden a tener más recaídas y a obtener peores resultados en la rehabilitación.
- Satisfacción con los servicios: este indicador está considerado como una medida que guarda relación con otros indicadores como la utilización de los servicios o la eficacia de las intervenciones. Por eso la satisfacción de las personas usuarias con los servicios resulta adecuada como medida de resultados y de calidad de los servicios. Existen ciertos problemas a la hora de evaluar este dominio como la baja proporción de respuesta para evaluar este indicador o la variabilidad de la respuesta según la recogida de datos utilizada.

- Calidad de vida: hace referencia al bienestar global de la persona, estando determinado por las condiciones objetivas de la vida y por el grado subjetivo que el usuario perciba por esas mismas condiciones. La valoración de la calidad de vida es una variable importante dentro de los programas de rehabilitación psicosocial para las personas con trastorno mental grave pues es uno de los objetivos comunes que persiguen estos programas.
- Entorno familiar: un trastorno mental grave no sólo afecta a una persona concreta, sino también a la familia. Destacan ciertos aspectos que pueden ser evaluados dentro del funcionamiento familiar como el estrés, el malestar emocional o la carga que experimenta la familia.
- Procesos asociados a la recuperación: otros factores que pueden ser objeto de evaluación son algunos procesos que se asocian a la recuperación entre otros, la adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad, encontrándose una relación positiva de estos con la reducción de síntomas y una mejor calidad de vida, desestigmatización y empoderamiento, experiencia subjetiva que media en el proceso de recuperación y es capaz de mantener los cambios alcanzados.

4. Desarrollo de los procedimientos de recogida de información y asignación de responsabilidades y tareas.

La evaluación de resultados necesita de la recopilación de una diversidad de datos además de los que habitualmente se recogen en el funcionamiento normal de un programa o centro. Para ello puede ser necesario la utilización de fuentes adicionales o el desarrollo de procedimientos de recogida de datos, pudiendo ser obtenidos de diferentes métodos (observación directa, informes, entrevistas, cuestionarios). Esto requiere un esfuerzo y un coste añadido dentro del funcionamiento de las organizaciones, no obstante, estas son las medidas adecuadas que permitirán estimar la efectividad de lo que se está realizando.

En cuanto a la selección adecuada de los instrumentos a utilizar en la recogida de información se han de tener en cuenta determinados criterios. Resulta fundamental que los instrumentos seleccionados contengan una buena fiabilidad y validez. Otros criterios que considerar son el contenido, la fuente, la metodología, los costos y la utilidad. Los instrumentos deben ser cortos, sencillos de aplicar, corregir, comprender y psicométricamente aceptable. Otra característica fundamental en la elección es la posibilidad de aplicación en el contexto real del servicio o programa, intentando evitar interferencias o sobrecargas en el funcionamiento habitual.

Habrá que determinar también las fuentes de información a partir de los cuales se obtendrá los datos. En las intervenciones en rehabilitación psicosocial lo habitual suele ser que los usuarios, sus familiares y los profesionales de los servicios sean las fuentes de información.

Además, será necesario establecer el diseño de la evaluación, es decir, determinar cuáles serán los procedimientos de recogida de información: cuándo y quién recoger  los datos, establecer los participantes y todas aquellas variables implicadas en el procedimiento.

El diseño ideal que permitiera adjudicar los cambios ocurridos a la intervención evaluada sería un diseño experimental. Sin embargo, este tipo de diseños son casi imposibles en un contexto real presentando problemas éticos importantes. Por ello lo más adecuado son los diseños cuasiexperimentales donde las condiciones de control son menores, pero se ajustan más a las posibilidades reales de aplicación. Las medidas más habituales en este tipo de diseño son las medidas pre y post o la comparación de grupos no equivalentes, siendo los primeros los más utilizados.

La evaluación puede establecerse como algo puntual y no formar parte del funcionamiento habitual del programa o, por el contrario, establecerse como una parte más del programa e incorporarse dentro del funcionamiento cotidiano. En este momento se establecer  la periodicidad de las evaluaciones. Se recomienda administrar los instrumentos antes y después de las intervenciones para poder observar los cambios producidos. Las evaluaciones producidas cada poco tiempo proporcionan información valiosa, pero conllevan un coste elevado de recursos. La aplicación de los instrumentos de recogida de datos suele ser llevada a cabo por distintos profesionales del programa, por ello es conveniente involucrarles y hacerles partícipes en el diseño de la evaluación. Sea cual fuere el diseño utilizado este debe tener en cuenta siempre las características del funcionamiento del servicio o programa, de los usuarios, de los profesionales y de toda aquella variable que pueda intervenir.

5. Entrenamiento a los profesionales, usuarios y otras personas implicadas.

Habitualmente son los profesionales los implicados en la recogida de información. Por tanto, es necesario proporcionar información, formación y entrenamiento de la administración y puntuación de los instrumentos seleccionados. Además, puede ser necesario formar a usuarios u otras personas implicadas en la evaluación.

6. Realización de un estudio piloto.

Es importante realizar un estudio piloto que permita detectar en la medida de lo posible cualquier fallo o problema en el diseño y planificación de la evaluación antes de su puesta en marcha. A partir de los errores detectados será necesario realizar las modificaciones necesarias para la implantación definitiva.

7. Implementación a gran escala y evaluación y modificación en caso necesario.

Una vez realizados los ajustes tras los errores detectados en el estudio piloto se implanta la evaluación. Es importante que el diseño de la evaluación sea flexible a la hora de detectar problemas y realizar las modificaciones pertinentes para su correcto desarrollo.

8. Análisis y elaboración de resultados.

Una vez implantado y puesto en marcha el proceso de evaluación de resultados es necesaria la codificación y el análisis de los resultados recogidos para que sean capaces de determinar la intensidad y dirección de los cambios producidos durante la intervención. Los procedimientos de recogida y análisis de los datos tienen que ser acordados de forma previa a la aplicación de la evaluación. En las interpretaciones de los resultados hay que tener en cuenta las limitaciones de los diseños e instrumentos utilizados.

Aplicación Práctica:

A continuación, se expone un diseño de evaluación de resultados adaptado a las condiciones y características del Centro de Rehabilitación e Inserción Social La Safor. Para ello, se sigue el modelo planteado por Wholey et al. (2004) para la evaluación de resultados a través de la adaptación para la rehabilitación social propuesta por Manuel Muñoz et al. (2010) que se ha expuesto en la fundamentación teórica, a partir de las diferentes fases del modelo:

1. Clarificación de los propósitos de la evaluación y conocimiento del programa.

Propósitos de la evaluación de resultados:

El propósito principal que se pretende con la implantación de una evaluación de resultados es evidentemente la de mejorar los servicios existentes. Para ello, la evaluación de resultados deberá aportar información a través de una serie de indicadores que muestren de forma objetiva los efectos que produce en los usuarios y sus familias las intervenciones producidas en el servicio. Esta información deberá posteriormente servir en la toma de decisiones que permitan mejorar el funcionamiento del servicio. Por ello se establecen los siguientes objetivos para la evaluación de resultados:

Objetivo general:

Obtener información objetiva y amplia de los resultados de las intervenciones que se realizan en el CRIS La Safor que permita tomar decisiones para el mejoramiento del servicio.

Objetivos específicos:

- a) Cuantificar la evolución de los usuarios a través de una serie de indicadores específicos de la rehabilitación psicosocial.
- b) Cuantificar la evolución de los familiares a través de una serie de indicadores específicos para las familias de personas con enfermedad mental.
- c) Medir la satisfacción de los usuarios, familiares y profesionales con el servicio.
- d) Cuantificar la efectividad y eficiencia de los servicios.
- e) Evaluar los cambios efectuados en los programas, talleres y/o servicio en general.
- f) Extraer conclusiones y propuestas de mejora a partir de la información obtenida.

Descripción del servicio (CRIS La Safor, 2006):

Los centros de Rehabilitación e Inclusión Social (CRIS), como el CRIS La Safor, son centros de servicios específicos y especializados, en régimen ambulatorio, dirigidos a personas con enfermedad mental grave (TMG), con un deterioro significativo de sus capacidades funcionales, donde se lleva a cabo programas de trabajo adecuados a las características, necesidades y situación concreta de los usuarios y usuarias (Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives). El CRIS La Safor está gestionado por la ONG sin ánimo de lucro Asociación de La Safor de Ayuda a Enfermos Mentales (ASAEM).

El centro atiende a un total de 70 usuarios y a sus familias. Su finalidad es la de ayudar a las personas con TMG a recuperar el grado máximo de autonomía personal y social, compensar las habilidades que les sean útiles para conseguir su mantenimiento y su integración en la comunidad y en la sociedad con un funcionamiento adecuado y autónomo y con la mejor calidad de vida posible, así como, dar soporte y ayuda a las familias para la convivencia con su familiar con EMG.

Para ello, CRIS La Safor, lleva a cabo una serie de programas de rehabilitación psicosocial basados en una metodología multidisciplinar que abarca a psicólogos,

trabajadoras sociales, terapeuta ocupacional, técnica en integración laboral, técnica en integración social y educadores.

El funcionamiento del CRIS se ha organizado a través de áreas específicas: psicológica, social, laboral y formativa, ocupacional y familia. Cada área cuenta con sus programas y estos con sus talleres (**Tabla 2**), siendo los siguiente:

Área	Programa	Talleres
Área psicológica	Rehabilitación cognitiva	Cognitiva 1,2 y 3, Prensa, Aula cultural, animación a la lectura, percepción social.
	Competencia social	Habilidades sociales.
	Terapia	Grupo de usuarios 1, 2 y 3, terapia, terapia avanzada, metacognitiva, educación emocional, expresión corporal y musical, arteterapia.
Área social	Integración socio-comunitaria.	Recursos comunitarios, asamblea, voluntariado, radio, blog.
	Ocio.	Salida ocio, ocio jóvenes, excursiones.
Área laboral y formativa	Inserción laboral y formativa.	Habilidades laborales, pre-laboral, jardinería, informática I y II.
Área ocupacional	AVD's y hábitos saludables	Cocina, pérdida de peso, fomento de la autonomía.
	Creatividad y destreza	Fallas, costura, relatos.
	Psicomotricidad y deporte.	Fútbol, gimnasia, yoga.
Área familia	Escuela de familias	Psicoeducativo, resolución de problemas.

Tabla 2. Programas y talleres del CRIS. Fuente: elaboración propia.

El funcionamiento del CRIS se encuentra regulado por un sistema de calidad basado en la normativa de la ISO 9001:2015 que está controlado por una empresa externa que realiza evaluaciones anuales para comprobar el adecuado cumplimiento de la normativa de calidad.

Recursos disponibles:

Los recursos de los que dispone un servicio en concreto condicionan enormemente la evaluación de resultados que se va a diseñar. A continuación, se describen los recursos económicos, humanos y materiales con los que cuenta el centro en la actualidad.

Una de las variables que lleva condicionando enormemente el funcionamiento del servicio en los últimos años son los recursos económicos. El CRIS la Safor, ONG sin ánimo de lucro, depende para su funcionamiento mayoritariamente de la financiación a través de subvenciones de la Generalitat Valenciana, actualmente se está implantando un concierto entre este tipo de entidades y el ente autonómico. Los recortes sociales debidos a la crisis económica y los recurrentes cambios de gobierno, con distinta sensibilidad social y con diferentes modelos de financiación para los servicios sociales cada uno de

ellos, han llevado al funcionamiento del servicio a estar siempre condicionado por el contexto político y económico del momento, con continuos retrasos en los pagos, incertidumbre en cuanto al modo de financiación, escasa financiación, etc. Todo ello ha derivado en que la administración del servicio lleve una gestión económica muy ajustada, con escasa capacidad de realizar gastos extraordinarios adicionales más allá del funcionamiento habitual del centro.

En cuanto a los recursos humanos, a nivel de profesionales, disponibles en el CRIS, cuenta con un director-psicólogo, 3 psicólogos, dos trabajadoras sociales, una terapeuta ocupacional, una técnica en inserción laboral, una técnica en inserción social, 3 educadores y un conserje, plantilla habitual en este tipo de recursos en la Comunidad Valenciana. En opinión del director, de otros profesionales del centro y de la experiencia durante mis prácticas curriculares en el centro, la carga de trabajo es bastante elevada, por lo que la futura evaluación de resultados no deberá suponer un aumento excesivo en la carga de trabajo habitual de los profesionales.

Por lo que se refiere a recursos materiales, cada área profesional (psicología, social, ocupacional, laboral) cuenta con los instrumentos (cuestionarios, entrevistas estructuradas, test...) que se detallan a continuación (**tabla 3**):

Domínio	Instrumentos
Psicopatología	- Escala breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS) Overall y Gorham, (1962).
Calidad de Vida	- Escala de calidad de vida (QLS). Heinrich, Hanlon y Carpenter, (1984).
Funcionamiento PsicoSocial	- Entrevista de Ajuste Social (DAS). Schubart, Krumm, Biehl y Schwarz, (1986). - Protocolo para la Evaluación y Seguimiento de Pacientes Crónicos. Equipo de Salud Mental del Departamento 12 de Salud. (2004) - Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA). Barraca y López-Yarto, (1999)
Área ocupacional	- Escala de Lawton y Brody. Lawton y Brody, (1969). - Cuestionario de Estilo de vida. Elaboración propia. - Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana - 39 (LSP-39). Rosen, Hadzi-Pavlovic, Parker y Trauer, (1989).
Funciones Cognitivas	- Mini-examen cognoscitivo (MEC), Lobo et al. (2002). - Test de Inteligencia de Kaufman (K-BIT), Kaufman y Kaufman (2013).
Familia	- Entrevista de conocimientos sobre la esquizofrenia (KASI). Economou, Richardson, Gramandani, Stalikis y Stefanis, (2009). - Cuestionario de programa de psicoeducación y resolución de problemas.
Área Laboral y formativa	- Entrevista cualitativa. - Estadísticas de procesos formativos. - Datos de empleo.
Funcionamiento del Servicio	- Datos cuantitativos y cualitativos recogidos a través de los protocolos de la normativa ISO 9001.

Tabla 3. Instrumentos utilizados en el CRIS. Fuente: elaboración propia.

Dados los limitados recursos económicos y humanos disponibles, se pretende que el diseño de la evaluación de resultados modifique lo mínimo posible el funcionamiento habitual del centro con intención de evitar la sobrecarga de los profesionales y no generar gastos extraordinarios que no pueda asumir el recurso. De esta manera, se intentará aprovechar el máximo posible los instrumentos utilizados en el actual funcionamiento, introduciendo únicamente los instrumentos estrictamente necesarios para que ningún indicador quede evaluado de forma limitada o superficial.

Agentes responsables de la evaluación:

Dadas las limitaciones de las evaluaciones realizadas sólo con agentes internos o externos, es recomendable la evaluación participativa donde el equipo de evaluación de resultados este formado por agentes internos y externos. Debido a la actual gestión del servicio, con la imposibilidad de realizar gastos extraordinarios, se opta por utilizar como agentes externos a trabajadores de otros recursos gestionados por ASAEM con el conocimiento y formación suficiente en rehabilitación psicosocial y como agentes internos, a los mismos profesionales del CRIS, técnicos, educadores y conserje.

2. Identificación de los dominios relevantes y otros criterios a considerar.

Las funciones y objetivos, generales y específicos, para el funcionamiento del servicio establecidos en el régimen interno del Centro de Rehabilitación e Inserción Social La Safor (2006) determinarán en parte los indicadores para la evaluación de resultados, estos son (**cuadro 1**):

Funciones y Objetivos del CRIS La Safor	
<u><i>Funciones:</i></u>	
-	Favorecer la permanencia de las personas con enfermedad mental crónica en la comunidad con la mejor calidad de vida posible.
-	Potenciar, tanto como sea posible, la participación de las personas con enfermedad mental en la vida comunitaria.
-	Favorecer programas individualizados de rehabilitación que permitan a los usuarios aprender o recuperar las habilidades necesarias para poder integrarse y funcionar activa y efectivamente en su medio social.
-	Aumentar la competencia de las familias para manejar las situaciones generadas por la enfermedad, dotándolos de los conocimientos y estrategias necesarias que les permitan y faciliten una mejor convivencia con el afectado, fomentando el contacto entre las familias que comparten la misma problemática.

- Dar soporte al familiar en la convivencia con la persona con enfermedad mental, favoreciendo la estructuración de un clima familiar adecuado.
- Dar soporte y colaborar con otros recursos sociales y sanitarios.

Objetivos generales:

- Favorecer y potenciar la recuperación o adquisición de las habilidades y competencias personales y sociales necesarias para el funcionamiento en la comunidad.
- Conseguir los mayores niveles de calidad de vida posible.
- Conseguir los mayores niveles de normalización posibles.
- Prevenir o disminuir el riesgo de hospitalización, deterioro psicosocial, marginación y/o institucionalización.
- Potenciar y dar soporte a la integración social de la persona enferma en el medio comunitario dando soporte y fomentando que su funcionamiento sea lo más independiente posible y facilitando el desarrollo de roles valiosos y normalizados.
- Promover la participación de la persona con enfermedad mental en su comunidad en la misma medida que lo hacen las personas con las que convive.
- Conseguir que las personas con enfermedad accedan a los recursos comunitarios ya existentes como el resto de población.
- Favorecer un seguimiento, soporte y soporte social individual para asegurar el mantenimiento de la persona con enfermedad mental en la comunidad de la manera más autónoma y normalizada posible.
- Favorecer y articular una atención integral que posibilite procesos de rehabilitación y soporte comunitario ajustados a las necesidades de cada usuario.
- Concienciar a la comunidad ofreciendo información realista, no marginadora de la enfermedad mental.

Objetivos específicos:

- Que las personas con enfermedad mental sepan identificar los síntomas de una crisis o recaída.
- Proporcionar una información comprensible sobre la enfermedad mental: enseñar a reconocer los síntomas y pródromos, factores de riesgo y protección ante posibles recaídas.
- Posibilitar el contacto entre las familias afectadas por la enfermedad, generando un clima de soporte emocional entre las familias.
- Estimular en las familias la superación de su aislamiento de cara a las dificultades en la convivencia con el enfermo.
- Dar soporte, colaborar y coordinarse con los Servicios de Salud Mental de referencia, Servicios Sociales Generales y otros dispositivos sociosanitarios y recursos comunitarios para mejorar, en definitiva, una atención integral y multidisciplinar hacia la persona con enfermedad.
- Favorecer la convivencia familiar diaria.
- Promover la formación de los profesionales del CRIS para incrementar y actualizar los conocimientos en salud mental que repercutirán en un mejor servicio a los usuarios.

Cuadro 1. Funciones y objetivos del CRIS. Fuente: CRIS La Safor, 2006.

A partir de la consideración de las funciones y objetivos del CRIS, de la actual filosofía de la recuperación en salud mental, de las características actuales del centro y del contexto y con los recursos actualmente disponibles, se establecen los siguientes indicadores (**Tabla 4**) para la evaluación de resultados según distintos niveles. A nivel de usuario de los servicios se contemplan la psicopatología, el funcionamiento cognitivo, social, ocupacional, laboral y formativo, la calidad de vida y satisfacción con los servicios. A nivel de la familia se consideran los indicadores de afección de la enfermedad, su manejo y la satisfacción con los servicios. Por parte de los profesionales la satisfacción con los servicios desde un punto de vista interno. Por último, el indicador de capacidad operativa evaluará a nivel de servicio.

Nivel	Indicadores
Usuario	<ul style="list-style-type: none"> - Psicopatología. - Funcionamiento cognitivo. - Funcionamiento social. - Funcionamiento ocupacional. - Funcionamiento laboral y formativo. - Calidad de vida. - Satisfacción con los servicios.
Familia	<ul style="list-style-type: none"> - Afección de la enfermedad en la familia. - Manejo de la enfermedad. - Satisfacción con los servicios.
Profesionales	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción con los servicios.
Servicio	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad operativa.

Tabla 4. Indicadores de la evaluación de resultados. Fuente: elaboración propia.

3. Definición, evaluación y selección de los indicadores.

Los indicadores escogidos proporcionarán medidas cuantitativas operacionales que permitirán evaluar los cambios producidos a partir del funcionamiento del servicio. Para un mejor entendimiento de cada indicador se describen someramente en la siguiente tabla (**Tabla 5**).

Nivel Usuario	
Indicador	Descripción
Psicopatología	Conductas y cogniciones culturalmente incongruentes, extrañas, excéntricas o inusuales, que afectan tanto al proceso como al contenido. Se incluyen síntomas psicóticos, estados de ánimo, consumo de sustancias, trastornos de pensamiento...
Funcionamiento cognitivo	Capacidades y alteraciones en los distintos procesos cognitivos, atención, memoria, ejecución, lenguaje, etc.
Funcionamiento Social	Gama de estrategias de conducta y las capacidades que ayudan a resolver situaciones sociales de manera efectiva. Permiten expresar sentimientos, actitudes, deseos u opiniones de modo adecuado. Hace referencia tanto a relaciones familiares como sociales, así como de integración social.

Funcionamiento ocupacional	Conjunto de actividades y conductas de la vida cotidiana que permiten a las personas vivir de manera independiente y autónoma con integración en la sociedad. El funcionamiento ocupacional incluye las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria y la ocupación del Ocio y Tiempo Libre.
Funcionamiento laboral y formativo.	Realización de actividades laborales, normalizadas o protegidas, remuneradas y realización de actividades formativas, formación reglada, cursos, talleres, etc.
Calidad de vida	Percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.
Satisfacción con los servicios	Grado de satisfacción de los usuarios en distintos aspectos de la gestión del servicio.
Nivel Familia	
Dominio	Descripción
Afección de la enfermedad en la familia	Hace referencia a de qué manera afecta la enfermedad en la familia. Se contempla la carga familiar soportada, percepción de las dificultades que se experimentan en el cuidado y manejo de un familiar con enfermedad mental grave, y su calidad de vida.
Manejo de la enfermedad	Habilidad en el afrontamiento eficaz ante un problema particular derivado de la persona con enfermedad mental grave. Influyen factores como el conocimiento de la enfermedad, la resolución de problemas o la emoción expresada.
Satisfacción con los servicios	Grado de satisfacción de los usuarios en distintos aspectos de la gestión del servicio.
Nivel Profesionales	
Dominio	Descripción
Satisfacción con los servicios	Grado de satisfacción de los usuarios en distintos aspectos de la gestión del servicio y con el cumplimiento de los objetivos marcados por el servicio.
Nivel Servicios	
Dominio	Descripción
Capacidad operativa del servicio	Valoración de la eficacia del recurso en el ámbito asistencial. Hace referencia a indicadores sobre el número de accesos, asistencia, abandonos, altas, visitas domiciliarias, atenciones, etc.

Tabla 5. Descripción de los indicadores. Fuente: elaboración propia.

Una vez establecidos los indicadores a evaluar, se han analizado sistemáticamente todos los instrumentos utilizados en el centro. En este análisis se establecen que instrumentos, apartados o subescalas de los instrumentos servirán para evaluar los indicadores seleccionados y que indicadores quedan poco evaluados mediante los instrumentos existentes y por tanto es necesario la implantación de otros instrumentos que evalúen de manera más precisa o completa ese indicador. Otro criterio que se ha tenido en cuenta en la elección de instrumentos es que sean cuantitativos, es decir, que permitan obtener variables cuantificables, desechando los instrumentos cualitativos. Tras

el mencionado análisis se establecen los instrumentos y el profesional responsable de su aplicación en los diferentes indicadores que se observan en la siguiente tabla (**Tabla 6**):

Nivel Usuario	
Indicador	Instrumentos
Psicopatología	<ul style="list-style-type: none"> - Datos clínicos. Entrevista Estructurada. (Psi.) - Breve Escala de valoración Psiquiátrica (BPRS). (Psi.) - Protocolo de Evaluación y Seguimiento de Psicóticos Crónicos (Protocolo Gandía). (Psi., T.S.)
Funcionamiento cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - Test Breve de Inteligencia de Kaufman (K-BIT). (Psi.) - Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (K-BIT). * (Psi.)
Funcionamiento Social	<ul style="list-style-type: none"> - Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana (LSP). (T.O.) - Protocolo de Evaluación y Seguimiento de Psicóticos Crónicos (Protocolo Gandía). (Psi., T.S.) - Entrevista de Ajuste Social (D.A.S.). (T.S.) - Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA). (Psi.) - Escala de Calidad de Vida (QLS). (Psi.)
Funcionamiento ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> - Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana (LSP). (T.O.) - Protocolo de Evaluación y Seguimiento de Psicóticos Crónicos. (Psi., T.S.) - Entrevista de Ajuste Social (D.A.S.). (T.S.) - Cuestionario de Estilo de vida (CEV). (T.O.) - Escala de Lawton y Brody. (T.O.)
Funcionamiento laboral y formativo.	<ul style="list-style-type: none"> - Registros. (T.I.L) - Entrevistas semiestructuradas. (T.I.L.)
Calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Escala de Calidad de Vida (QLS). (Psi.)
Satisfacción con los servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta de satisfacción con los servicios de la gestión de calidad ISO 9001. (Dir.)
Nivel Familia	
Dominio	Instrumentos
Afección de la enfermedad en la familia	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de Evaluación de Repercusión Familiar. * (T.S.)
Manejo de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumento propio del Programa de Psicoeducación y Resolución de Problemas. (Psi.) - Muestra de Habla de Cinco Minutos. * (Psi.)
Satisfacción con los servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta de satisfacción con los servicios de la gestión de calidad ISO 9001. (Dir.)
Nivel Profesionales	
Dominio	Instrumentos
Satisfacción con los servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Encuesta de satisfacción con los servicios de la gestión de calidad ISO 9001. (Dir.)
Nivel Servicio	
Dominio	Instrumentos
Capacidad operativa del servicio	<ul style="list-style-type: none"> - Registro de actividad de la gestión de calidad ISO 9001. (Edu., Cons., Psi.)

*Cons.: conserje; Dir.: director; Edu.: educadores; Psi.: psicólogos;
T.I.L.: técnica en integración laboral; T.O.: terapeuta ocupacional; T.S.: trabajadoras sociales.
* Instrumentos que se añaden al funcionamiento del centro.*

Table 6. Instrumentos utilizados para cada indicador y el profesional responsable de su aplicación.

Como se puede observar, se utilizan mayoritariamente instrumentos y registros ya implantados en el funcionamiento del cotidiano del centro. Se detectan ciertas limitaciones en la información de los indicadores de funcionamiento cognitivo en el usuario, afección y manejo de la enfermedad a nivel familiar. Para el saneamiento de estas limitaciones se introducirían en el funcionamiento habitual del centro respectivamente el Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (Benedet y Alejandre, 1998), el Cuestionario de Evaluación de la Repercusión Familiar (Van Wijngaarden, 2000) y la Muestra de Habla de Cinco Minutos (Gottschalk, Fallon, Marder, Lebell, Gift y Wynne, 1988).

4. Desarrollo de los procedimientos de recogida de información y asignación de responsabilidades y tareas.

Diseño de la evaluación de resultados.

Ante los importantes problemas éticos y prácticos que conlleva la aplicación de un diseño experimental en un contexto real, con comparación de grupo experimental y control, se opta por la aplicación de un diseño cuasiexperimental. Esta evaluación de resultados se diseña con medidas pretest y post-test, que permitirá de manera objetiva describir el impacto del servicio en los usuarios y familias atendidas en los diferentes dominios establecidos como de interés. Se pretende que la evaluación de resultados se integre dentro del funcionamiento habitual del servicio, por tanto, esta se realizará de forma sistemática al final de cada año, de manera que la realizada en el año anterior al que se pretende evaluar servirá de pretest y la realizada a final de ese mismo año servirá de post test. La muestra a la que evaluar comprende a todos los usuarios atendidos, los familiares de referencia y a los profesionales que participan en el servicio, técnicos y educadores.

Recogida de información.

Existen dos fases en la recogida de información. La primera fase hace referencia a la aplicación de los instrumentos dentro del funcionamiento normal y habitual del servicio indicados en la tabla 6 que será realizada por los agentes internos responsables a lo largo del año. Los registros de actividad, asistencia, baja, alta, etc. también tendrán lugar durante todo el año.

La segunda fase de recogida de datos se refiere a la recolección de los datos obtenidos a través de los instrumentos o subescalas seleccionados y su volcado a las fichas de

indicadores (**Anexos 1, 2, 3 y 4**). Esta tarea será realizada por los agentes externos a finales del año que se pretenda evaluar.

En las fichas de indicadores se recogen de forma sistematizada las medidas pre y post de los diferentes instrumentos y subescalas en los diferentes indicadores seleccionados. En la ficha de indicadores de usuarios se recoge la información psicopatológica de datos clínicos, del BPRS y el Protocolo Gandía. Esto permite obtener información sobre hospitalizaciones, recaídas, adherencia, sintomatología y autoestima. El K-BIT y el TEVAC evalúan el funcionamiento cognitivo evaluando la atención, la memoria y la ejecución. El funcionamiento social es evaluado mediante el LSP, el Protocolo Gandía, el D.A.S., el ESFA y el QLS, proporcionando información sobre comportamiento social, comunicación y relaciones, tanto familiares como sociales. El funcionamiento ocupacional evalúa algunas AVD's, básicas e instrumentales, así como el ocio y tiempo libre a través del LSP, D.A.S, CEV y la Escala de Lawton y Brody. La evaluación en el área laboral y formativa se realiza a través de registros y de una subescala de QLS, proporcionando información de datos de ocupación, formación y el rol instrumental sobre el trabajo. La calidad de vida se evalúa íntegramente a través de las subescalas de QLS. Y por último la satisfacción viene aportada por las encuestas integradas en la gestión de calidad.

La ficha de indicadores de las familias contempla los indicadores de afección de la enfermedad en la familia a través del cuestionario específico de evaluación de la repercusión familiar. El manejo de la enfermedad se evalúa mediante la medición del conocimiento de la enfermedad, la resolución de problemas y de la emoción expresada. En los dos primeros se utilizan los cuestionarios propios del programa de psicoeducación y resolución de problemas, mientras que la Muestra de Habla de Cinco Minutos evalúa la emoción expresada mediante el criticismo, la hostilidad y la sobreimplicación emocional. La satisfacción con los servicios, al igual que los usuarios, se examina mediante los cuestionarios de gestión de calidad.

Los profesionales únicamente forman parte de la evaluación para determinar su satisfacción con el servicio y con los objetivos de este. Para ello se utilizan las encuestas de gestión de calidad.

Por su parte el servicio utiliza como indicador la capacidad operativa del servicio, es decir, asistencia, participación, altas, bajas, visitas domiciliarias, atenciones, etc. Para ello se utilizan los registros de la gestión de calidad que se van realizando durante todo el año.

Además, ante la posible implantación de futuros análisis estadísticos mediante paquetes de datos tipo SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) que proporcionen relaciones entre distintas variables, se registrará el perfil diagnóstico de los usuarios (**Anexo 5**).

Limitaciones.

El diseño cuenta con varias limitaciones que deberán ser tenidas en cuenta a la hora de obtener conclusiones y en la toma de decisiones futuras. Aunque se trate de una evaluación participativa, los agentes externos forman parte de la asociación y, por tanto, puede verse comprometido el espíritu crítico y la necesaria objetividad. Por otro lado, otra limitación es la falta de grupo de control, que permitiría otorgar mayor fiabilidad y validez a la evaluación. También, al tratarse de una evaluación ad hoc para el CRIS La Safor, no permitirá la comparación con otros recursos similares, solo consigo mismo a través del tiempo. Por último, al adaptar la evaluación al funcionamiento del centro, conservando la mayoría de los instrumentos ya existentes, no se están utilizando otros instrumentos que permitirían medir de forma más completa y fiable algunos indicadores. Esta última limitación puede ser revertida con la adopción paulatina de instrumentos más fiables y válidos.

5. Entrenamiento a los profesionales, usuarios y otras personas implicadas.

El entrenamiento sobre la evaluación de resultados recaerá básicamente sobre los evaluadores externos. Dicho entrenamiento consistirá en la formación acerca de la metodología de la recogida de información y volcado de datos a las diferentes fichas de indicadores. También se deberá formar a estos, cada vez que se produzcan cambios en la metodología de la evaluación de resultados, así como cuando se produzca un cambio en el profesional encargado de la realización de la evaluación de resultados.

En el caso de los agentes internos su labor de recogida de datos se limita a la habitual utilización de instrumentos y registro de datos, por lo que el entrenamiento se basará en el mismo que se viene aplicando hasta el momento. Las indicaciones a usuarios y familiares para la cumplimentación de los diferentes instrumentos vendrán dadas por el profesional responsable de la aplicación de dichos instrumentos.

Además del entrenamiento, se deberán proporcionar talleres de sensibilización acerca de la importancia y necesidad de la implantación de una evaluación de resultados. En ella estarán presentes tanto agentes internos como externos, así como que es aconsejable que también formen parte los usuarios y familiares. Su objetivo es el de mostrar la utilidad de

la evaluación de resultados y concienciar acerca de importancia en el funcionamiento de un servicio de rehabilitación psicosocial.

6. Realización de un estudio piloto.

Para demostrar las fortalezas y debilidades de la evaluación diseñada, se realizará una prueba piloto con los datos disponibles de una pequeña muestra de usuarios de los dos años últimos años. La muestra se compondrá de los usuarios referencia de uno de los psicólogos, es decir, entre 20 y 25 usuarios, además de sus familiares de referencia y todos los profesionales del centro.

Tras esta primera prueba se determinarán los errores y debilidades existentes y se realizarán los cambios que se consideren oportunos. Si se considerase oportuno se realizaría de nuevo una prueba piloto tras los nuevos cambios.

7. Implementación a gran escala y evaluación y modificación en caso necesario.

Una vez realizados los cambios oportunos para la corrección de las debilidades encontradas en la prueba piloto es momento de la aplicación definitiva de la evaluación de resultados, incorporándola al funcionamiento del servicio.

Los datos recogidos a través de las fichas de indicadores permitirán conocer la evaluación media de los diferentes indicadores, así como de sus componentes y la diferencia con los resultados obtenidos los años anteriores.

8. Análisis y elaboración de los resultados.

Los datos obtenidos de la evaluación de resultados permitirán el análisis e interpretación y la obtención de conclusiones para la toma de decisiones futuras sobre el funcionamiento del servicio. Todos los datos, conclusiones y recomendaciones serán recogidos mediante un informe y tenidos en cuenta en la toma de decisiones a cerca del funcionamiento del servicio.

Conclusiones:

En este trabajo lo que se pretende es resaltar la necesidad de conseguir unos servicios en rehabilitación psicosocial gestionados desde la calidad. Una calidad que conlleve entre sus pilares la evaluación del servicio y dentro de esta la evaluación de resultados. La evaluación de resultados debe ser el instrumento que permita medir de forma objetiva la

efectividad de las diferentes intervenciones que se ejecutan en estos servicios. Esta efectividad vendrá reflejada por los cambios en diferentes indicadores, que están determinados por los objetivos que persigue el servicio, la actual filosofía del “*recovery*” en salud mental y por el contexto en que se encuentre dicho servicio. Quedan ya obsoletos las evaluaciones que se centraban de forma unánime en los indicadores de psicopatología y de asistencia al recurso. Las evaluaciones de resultados actuales en rehabilitación psicosocial contemplan indicadores como la calidad de vida, la integración social, la formativa, el funcionamiento global, etc. La evaluación de estos indicadores reportara la información necesaria para la toma de decisiones en la promoción de cambios que aumenten la calidad de los servicios de rehabilitación psicosocial.

La adaptación de un modelo tan completo para la evaluación de resultados como el de Wholey et al. (2004), adaptado a la rehabilitación psicosocial por Muñoz et al. (2010), no resulta fácil si no se cuenta con cierta flexibilidad. El contexto político y económico actual, cambios de gobierno con sensibilidades sociales dispares, modelos diferentes de financiación, larga crisis económica, provocan un contexto difícil para el sustento de determinados recursos sociosanitarios, abocándolos a gestiones rígidas y austeras.

Por ello el diseño de evaluación presentado se ha adaptado lo máximo posible al funcionamiento del servicio actual con la intención de no aumentar la carga de trabajo o producir gastos extraordinarios. Para la evaluación de resultados del CRIS se utilizan de forma mayoritaria los instrumentos utilizados ya en el centro, añadiendo únicamente tres nuevos que vienen a completar y mejorar la información aportada por los ya existentes. Evidentemente no se trata de un diseño perfecto, cuenta con limitaciones que has de ser tenidas en cuenta como la subjetividad, falta de criticidad, instrumentos mejorables o la falta de grupo de control.

A pesar de estas limitaciones se espera que con la aplicación de este diseño se pueda mejorar la efectividad del funcionamiento del servicio a través de la toma de decisiones mejor fundamentadas y basadas en la evidencia.

Bibliografía:

- AEVAL, (2010). *Fundamentos de evaluación de políticas públicas*. Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios. Madrid: Ministerio de Política Territorial y Administración Pública. Disponible en: http://www.aeval.es/export/sites/aeval/comun/pdf/evaluaciones/Fundamentos_de_evaluacion.pdf
- Avira, F. (1999). *Metodología de la evaluación de programas: un enfoque práctico*. Madrid: Colección política, servicios y trabajo social.
- Alvira, F. (2002). *Metodología de la evaluación de programas*. Madrid: CIS.
- Barraca, J. y López-Yarto, L., (1999). *Escala de Satisfacción por Adjetivos*. Madrid: TEA Ediciones.
- Benedet, M.J. y Alejandro, M.A. (1998). *Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense: Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Carmona, J., del Río, F., Gay, E., Tesoro, A. (2012). Evaluación de los Procesos. Indicadores. En Desviat, M. y Moreno Pérez, A. (Ed.). *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- CERMI, (2013). *Guía para la evaluación de programas y políticas públicas de discapacidad*. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. Madrid: Grupo Editorial Cinca S.A.
- Chacón, S., López Ruiz, J. y Pérez Gil, J.A. (2012). Metodología de la evaluación de programas en servicios sociales. *Apuntes de Psicología*, vol. 30 (1-3), pp. 111-118.
- Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives (CIPI). Extraído a partir de: <http://www.inclusio.gva.es/es/web/discapacitados/cris-centros-de-rehabilitacion-e-integracion-social-60f>
- Conselleria de Sanitat i Salut Pública. (2016). *Estratègia Autònoma de Salut Mental 2016-2020*. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/156344/6700482/Estrateg%C3%ADa+Auton%C3%B3mica+de+Salut+mental+2016+2020+.pdf>
- Cook, T.D. (1979). *Quasi Experimentation. Designs and Analyses Uses for Fields Settings*. Boston: Houghton Mifflin.
- Cronbach, L. (1982). *Designing Evaluation of Educational and Social Program*. San Francisco: Jossey-Bass.
- De La Orden, A., (2009). Evaluación y calidad: análisis de un modelo. *Estudios sobre Educación (ESE)*, volumen 16, pp. 17-36. Disponible en: <http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/9157/1/16%20Estudios%20Ea.pdf>
- Economou, M., Richardson, C., Gramandani, C., Stalikas, A. y Stefanis, C., (2009). Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 55, pp. 361-371.
- Equipo de Salud Mental del Área 12, (2004). Protocolo para la evaluación y seguimiento de pacientes crónicos.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (1995): *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Gottschalk, L., Falloon, I., Marder, S., Lebell, M., Gift, T. y Wynne, L. (1988). The prediction of relapse of schizophrenic patients using emotional data obtained from their relatives. *Psychiatry Research*, vol. 25, pp. 261-276.
- Guba, E. y Lincoln, Y. (1985). *Effective Evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Heinrich, D.W., Hanlon, T.E. y Carpenter, W.T. (1984). The quality of life scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, vol. 10, 3, pp. 388-398.
- Institute of Medicine, (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington DC. National Academy Press.
- Kaufman, A.S. y Kaufman N.L. (2013). *K-BIT, Test Breve de Inteligencia de Kaufman*. Madrid: Pearson Clinical.
- Lawton, M.P. y Brody, E.M., (1969) Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities daily living. *Gerontologist*, vol. 9(3), pp. 179-86.
- Lobo, A., Sanz, P., Marcos, G. y Grupo de Trabajo ZARADEMP, (2002). *MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. Madrid: TEA Ediciones.
- MacDonald, B. (1971). The Evaluation of the Humanities Curriculum Project: A Holistic Approach. *Theory into Practice*, 10 (3), 163-167.
- Mertens, D.M. y Wilson, A.T. (2012) *Program Evaluation Theory and Practice. A comprehensive Guide*. New York: Guilford Publications.
- Munarriz, M., (2011). Informe de la Junta Directiva de la Asociación Valenciana de Salud Mental. *Observatorio de Salud Mental 2010 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Cuadernos Técnicos, 15*. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado de: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2014/10/ctecnicos15.pdf>
- Muñoz López, M., Panadero Herrero, S., Rodríguez González, A. (2010). Evaluación de resultados de la rehabilitación psicosocial. *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Madrid: FEARP.
- Overall J. E. y Gorham D. R. (1962) The brief psychiatric rating scale. *Psychol*, vol.10, pp. 799-812.

- Pérez Pérez, F. (Coor.), (2012). La Reforma, los cuidados y la participación. *Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial. Cuadernos técnicos, 16.* (pp. 39-68). Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado de: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2014/10/ctecnicos16.pdf>
- CRIS La Safor, (2006). *Régimen Interno de Funcionamiento*.
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D. y Parker, G., (1989). The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophr Bull*, vol15(2), pp 325-337.
- Royse, D., Thyer, B. A., & Padgett, D. (2015). *Program evaluation*. Pacific Grove, CA: Cengage.
- Schubart C., Krumm B., Biehl H. y Schwarz R., (1986). Measurement of social disability in a schizophrenics patient group. Definition, assessment and outcome over 2 years in a cohort of schizophrenic patients. *Soc. Psychiatry*, vol. 21: 1-9.
- Scriven, M. (1974). Pros and Cons about Goal-Free Evaluation. *Evaluation Comment*, 3, 1-4.
- Scriven, M., (2003). Evaluation: Programme evaluation. En Fernández Ballesteros, R. (Ed.). *Encyclopedia of Psychological Assessment*. Londres: Sage.
- Stake, R. (1975). *Evaluating the Arts in Education: A Responsive Approach*. Ohio: Merrill-Palmer.
- Stufflebeam, D. (1985). Stufflebeam's Improvement Oriented Evaluation. En D. Stufflebeam, & A. Shinkfield (Eds.), *Systematic Evaluation* (pp. 151-207). Boston: Kluwer Academic.
- Valiente, C., Vázquez, C. y Simon, P. (2010). Marco Teórico de la Evaluación: desde la Rehabilitación Psicosocial a la Recuperación. *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*. Madrid: FEARP.
- Van Wijngaarden, B., Schene, A.H., Koeter, M., Vazquez Barquero, J.L., Knudsen, H.C., Lasalvia, A. y McCrone, P., (2000). Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire-European Version. Epsilon Study 4. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. *British Journal of Psychiatry*, vol. 39, pp. 21-27.
- Wholey, J.S., Hatry, H.P. y Newcomer, K.E. (2004). *Handbook of practical program evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- World Health Organization, (2003). *Quality improvement for mental Health*. Singapore, World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/resources/en/Quality.pdf

Anexos:

Anexo 1. Ficha de Indicadores a Nivel de Usuarios.

FICHA DE INDICADORES USUARIOS			
Psicopatología			
Instrumento:	<i>Datos clínicos. Entrevista Estructurada.</i>		
	Subescala	Media Pretest	Media post-test
Número ingresos hospitalarios.			
Días en ingreso hospitalario.			
Número de usuarios que reconocen indicadores de recaída.			
Número de usuarios con adherencia a los servicios SS.			
Instrumento:	<i>Breve escala de Valoración Psiquiátrica.</i>		
	Subescala	Media Pretest	Media post-test
Ansiedad.			
Depresión.			
Trastornos del Pensamiento.			
Anergia.			
Activación.			
Hostilidad.			
Instrumento:	<i>Protocolo de Evaluación y Seguimiento de Psicóticos Crónicos.</i>		
	Subescala	Media Pretest	Media post-test
Autovaloración personal.			
Tratamiento farmacológico.			
Funcionamiento Cognitivo			
Instrumento:	<i>Test Breve de Inteligencia de Kaufman.</i>		
	Subescala	Media Pretest	Media post-test
Vocabulario expresivo.			
Definiciones.			
Matrices.			
Instrumento:	<i>Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense.</i>		
	Subescala	Media Pretest	Media post-test
Desempeño amnésico.			
Recuperación.			
Codificación.			
Funcionamiento Social			
Instrumento:	<i>Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana</i>		
	Subescala	Media Pretest	Media post-test
Comportamiento social interpersonal.			
Comunicación - contacto social.			
Comportamiento social no personal.			
Instrumento:	<i>Protocolo de Evaluación y Seguimiento de Psicóticos Crónicos.</i>		
	Subescala	Media Pretest	Media post-test
Relaciones familiares.			
Relaciones sociales.			
Instrumento:	<i>Entrevista de Ajuste Social.</i>		
	Subescala	Media Pretest	Media post-test
Comunicación.			
Participación en la vida familiar.			
Contactos fuera del hogar.			
Instrumento:	<i>Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos.</i>		
	Subescala	Media Pretest	Media post-test
Total de la escala.			
Instrumento:	<i>Escala de Calidad de Vida</i>		
	Subescala	Media Pretest	Media post-test
Relaciones interpersonales.			
Funcionamiento Ocupacional			
Instrumento:	<i>Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana</i>		
	Subescala	Media Pretest	Media post-test

Autocuidado.		
Vida autónoma.		
Instrumento: <i>Protocolo de Evaluación y Seguimiento de Psicóticos Crónicos.</i>		
Subescala	Media Pretest	Media post-test
Autonomía personal.		
Economía.		
Intereses - aficiones.		
Instrumento: <i>Entrevista de Ajuste Social.</i>		
Subescala	Media Pretest	Media post-test
Cuidado general.		
Empleo del tiempo libre.		
Instrumento: <i>Cuestionario de Estilo de Vida.</i>		
Subescala	Media Pretest	Media post-test
Número de personas fumadoras.		
Cantidad de cigarrillos/día.		
Practican ejercicio habitualmente (fuera del CRIS).		
Horas a la semana de ejercicio (fuera del CRIS).		
Horas de sueño.		
Instrumento: <i>Escala de Lawton y Brody.</i>		
Subescala	Media Pretest	Media post-test
Total de la escala.		
Funcionamiento Laboral y Formativo		
Instrumento: <i>Registros de Actividad.</i>		
Subescala	Media Pretest	Media post-test
Número de usuarios trabajando o en búsqueda de empleo.		
Número de contrataciones.		
Número de horas trabajadas.		
Número de usuarios que han realizado formación.		
Número de cursos realizados.		
Número de horas de formación de los usuarios.		
Instrumento: <i>Escala de Calidad de Vida.</i>		
Subescala	Media Pretest	Media post-test
Rol instrumental.		
Calidad de Vida		
Instrumento: <i>Escala de Calidad de Vida.</i>		
Subescala	Media Pretest	Media post-test
Global de la Escala.		
Relaciones interpersonales y red social.		
Rol instrumental.		
Funciones intrapsíquicas.		
Objetos y actividades comunes.		
Satisfacción con los servicios		
Instrumento: <i>Encuesta de Satisfacción con los Servicios. Gestión de Calidad ISO 9001.</i>		
Subescala	Media Pretest	Media post-test
Satisfacción con el servicio.		
Satisfacción con los profesionales.		
Satisfacción con los Talleres.		

Tabla 7. Ficha de indicadores a nivel Usuario. Fuente: elaboración propia.

Anexo 2. Ficha de Indicadores a Nivel de Familias.

FICHA DE INDICADORES FAMILIAS			
Afección de la enfermedad en la familia.			
Instrumento:	Cuestionario de Evaluación de Repercusión Familiar.		
	Subescala	Media Pretest	Media post-test
Tensión.			
Supervisión.			
Preocupación.			
Estimulación.			
Manejo de la enfermedad			
Instrumento:	Cuestionario del Programa de Psicoeducación y Resolución de problemas.		
	Subescala	Media Pretest	Media post-test
Psicoeducación.			
Resolución de problemas.			
Instrumento:	Muestra de Habla de Cinco Minutos.		
	Subescala	Media Pretest	Media post-test
Criticismo.			
Hostilidad			
Sobreimplicación emocional.			
Satisfacción con los servicios			
Instrumento:	Encuesta de Satisfacción con los Servicios. Gestión de Calidad ISO 9001.		
	Subescala	Media Pretest	Media post-test
Satisfacción con el servicio.			
Satisfacción con la atención recibida.			
Satisfacción con los resultados observados en el familiar.			

Tabla 8. Ficha de indicadores a nivel Familia. Fuente: elaboración propia.

Anexo 3. Ficha de Indicadores a Nivel de Profesionales.

FICHA DE INDICADORES PROFESIONALES		
Satisfacción con los servicios		
Instrumento:	<i>Encuesta de Satisfacción con los Servicios. Gestión de Calidad ISO 9001.</i>	
Subescala	Media Pretest	Media post-test
Satisfacción con el servicio.		
Satisfacción con los objetivos.		
Satisfacción con la atención a usuarios.		
Satisfacción con la atención las familias.		

Tabla 9. Ficha de indicadores a nivel Profesionales. Fuente: elaboración propia.

Anexo 4. Ficha de Indicadores del Servicio.

FICHA DE INDICADORES SERVICIOS		
Capacidad Operativa de los Servicios		
Instrumento: <i>Registros de la actividad del ser. Gestión de Calidad ISO 9001.</i>		
Subescala	Media Pretest	Media post-test
Asistencia diaria de usuarios.		
No Asistencias no justificadas.		
Participación de los usuarios en los talleres.		
Altas terapéuticas.		
Bajas.		
Atenciones individuales a usuarios.		
Atenciones a familiares.		
Vistas domiciliarias.		

Tabla 10. Ficha de indicadores a nivel Servicios. Fuente: elaboración propia.

Anexo 5. Ficha de los Perfiles Diagnósticos de los Usuarios.

FICHA DE PERFILES DIAGNÓSTICOS	
Trastorno Primario.	Nº Usuarios
Trastornos Psicóticos.	
Trastornos del Estado de Ánimo.	
Trastornos de Personalidad.	
Trastorno Obsesivo-Compulsivo.	
Trastornos Duales.	

Tabla 11. Ficha de perfiles diagnósticos de los usuarios. Fuente: elaboración propia.